



## **Solicitud para beneficios de SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)**

### **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD**

- Trate de responder tantas preguntas como pueda.
- En la página 1 del formulario de solicitud, coloque el número de teléfono donde se lo puede ubicar durante los días de semana o donde se le puede dejar un mensaje.
- Recuerde firmar su nombre antes de enviar el formulario de solicitud.
- Asegúrese de leer su Aviso de derechos, responsabilidades y penalidades.

**¿QUÉ PASA DESPUÉS?** Puede enviar por correo, por fax o llevar el formulario de solicitud a su oficina local del DTA. Un administrador de casos revisará su solicitud cuando la reciba.

**DEBE SER ENTREVISTADO:** usted debe entrevistarse con su administrador de casos para discutir la información que brindó en su solicitud. Un administrador de casos se comunicará con usted por teléfono para discutir su solicitud para beneficios de SNAP.

**Nota:** usted recibirá una carta programando una entrevista telefónica si su administrador de casos no puede encontrarlo por teléfono.

**DEBE PRESENTAR PRUEBAS:** durante su entrevista, su administrador de casos le explicará qué pruebas e información necesitará brindar para recibir los beneficios de SNAP. Su administrador de casos le enviará una lista de verificación con los documentos que necesita proporcionar. Usted tiene 30 días desde la fecha en que se reciba su solicitud para darnos las pruebas que necesitamos. Asegúrese de pedirle ayuda a su administrador de casos si tiene dificultad para obtener estas pruebas. Puede enviar por correo, por fax o llevar las pruebas a su administrador de casos.

**DECISIÓN:** usted recibirá una decisión sobre su solicitud en un periodo de 30 días.

**Debe cortar y conservar esta hoja para sus archivos.**



## **¿Qué pruebas necesitaré?**

Estas son la mayoría de las pruebas que necesitará cuando solicite los beneficios de SNAP.

- **Identificación que muestre su nombre y dirección:**  
Si usted no tiene dirección, debe decirnos dónde se está quedando.
  
- **Prueba de ingresos:**  
Una carta de aprobación o declaración de depósito directo de ingresos no ganados que incluya las cantidades de los ingresos por intereses y la frecuencia de los pagos. Si usted está trabajando, entregue sus cuatro últimos recibos de cheques de sueldo, declaraciones de depósito directo o copias de cheques.
  
- **Números de Seguro Social para todos los afiliados solicitantes.**
  
- **Prueba de condición de no ciudadano:**  
Si no es ciudadano, proporcione prueba de condición de no ciudadano legal.
  
- **Prueba de sus gastos (esto es opcional, pero si fuera elegible, sus beneficios de SNAP podrían ser mayores si entrega prueba de sus gastos):**  
Recibos actuales de gastos de vivienda: alquiler o hipoteca, calefacción/ refrigeración y servicios públicos, facturas o recibos médicos (de recetas, anteojos, suministros para diabéticos, etc).

**Para mayor información sobre cómo puede obtener beneficios de SNAP, llame a la línea directa de SNAP al 1-866-950-FOOD (3663).**

**Departamento de Asistencia Transicional de Massachusetts**  
**Solicitud simplificada de SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program)**  
**para personas de la tercera edad**  
(Parejas y individuos con 60 años de edad o más)

**Información del solicitante**

1. Por favor llene la siguiente información personal.

<b>Nombre</b> (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Número de Seguro Social:
<b>Número telefónico</b>	¿Podemos encontrarlo durante el día en este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento:
<b>Dirección del domicilio</b> (calle, # de dpto.)		¿Está sin hogar actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Ciudad, estado, código postal</b>		
<b>Dirección postal</b> (si es diferente)		

2. **Su grupo étnico/raza:** esta información se reúne para garantizar un trato justo para todos. Su respuesta debe ser voluntaria y no afectará su elegibilidad ni el valor de los beneficios.

**Grupo étnico:** Hispano o latino  Sí  No

**Raza:** (marque todos los que correspondan)

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska     Asiático     Negro o afroamericano  
 Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico     Blanco

3. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?  Sí  No

4. ¿Es usted residente de Massachusetts?  Sí  No

5. ¿Alguna de estas situaciones especiales se aplica a su caso? Marque todas las casillas que correspondan.

- Discapacidad física o mental     Problemas de audición     Problemas de la vista  
 Requiere intérprete     Requiere lenguaje de señas     Otra \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna persona le está ayudando a completar esta información? Sí\_\_\_ No\_\_\_

Nombre de la persona que le ayudo \_\_\_\_\_ Número del teléfono \_\_\_\_\_

**Información del hogar**

7. ¿Es usted casado/a?  Sí  No

8. Si respondió sí, ¿su cónyuge vive con usted?  Sí  No

9. ¿Vive con usted algún hijo menor de 22 años?  Sí  No

10. ¿Otras personas viven y comparten comidas con usted?  Sí  No

11. Enumere las personas que viven con usted.

Nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género	Ciudadano de E.E.U.U. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco que tiene con usted
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## Información económica

12. ¿Usted o cualquier persona en su casa recibe un de los siguientes tipos de ingreso?

Tipo de Ingreso	Cantidad de Ingreso	Frecuencia de Ingreso (Semanal, Bi-semanal o Mensual)	Nombre de la persona que recibe ingreso
Seguro Social	\$	mensual	
SSI	\$	mensual	
Pensión	\$		
Beneficios para veteranos	\$		
Indemnización por accidentes de trabajo	\$		
Salario por empleo	\$		
Otros (especifique) _____	\$		
Otros (especifique) _____	\$		

13. ¿Paga usted gastos de asistencia ambulatoria para adultos?

Sí  No

14. ¿Paga usted otros gastos médicos, como medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, materiales para diabéticos, anteojos, aparatos auditivos, etc.?

Sí  No

15. ¿Cuánto paga usted por alquiler o hipoteca cada mes? \$ \_\_\_\_\_

16. ¿Paga usted por alguna de estas cosas?

- Costos de calefacción o de aire acondicionado aparte del alquiler  Sí  No
- Electricidad o gas para la cocina  Sí  No
- Teléfono, incluyendo teléfonos celulares  Sí  No

## Representante autorizado

17. ¿Quiere que otra persona solicite o reciba la tarjeta de SNAP para que compre alimentos para usted?

Sí  No

Apellido:	Nombre:	Inicial:	Dirección:	Teléfono:

## Beneficios Inmediatos

18. **USTED PUEDE OBTENER BENEFICIOS DE SNAP EN UN PLAZO DE SIETE DÍAS SI:**

- Sus ingresos y el dinero que tiene en el banco suman menos que sus gastos mensuales de vivienda; o
- Sus ingresos mensuales son de menos de \$150 y tiene en el banco \$100 o menos; o
- Usted es un trabajador emigrante y tiene en el banco menos de \$100.

## Firma

Según las leyes de los Estados Unidos de América y del Commonwealth de Massachusetts, certifico bajo pena de perjurio que he leído (o que me los han leído) los "Notificación de derechos, responsabilidades y penas" y que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa. También certifico que todos los miembros de mi hogar que están solicitando beneficios de SNAP son ciudadanos de los Estados Unidos o no son ciudadanos pero gozan de una condición satisfactoria de inmigración.

X.....

**Firma del solicitante**

.....

**Fecha**

**Importante: Esta notificación es solamente por su información.**  
**No es necesario firmarla ni devolverla al Departamento de Asistencia Transicional.**

**Notificación de derechos, responsabilidades y penas (Léalo bien, por favor.)**

Yo certifico bajo pena de perjurio que he leído, o que se me ha leído, la información en esta solicitud y mis respuestas a las preguntas en esta solicitud y tales respuestas son correctas y completas a mi conocimiento. También certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas en cualquier suplemento que yo completa en el futuro van a ser correctas y completas a mi conocimiento. Entiendo que dar declaraciones falsas o engañosas o tergiversar, esconder o retener información, oralmente o por escrito, para establecer elegibilidad para Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) es un fraude, una Violación Intencional del Programa (IPV) y es sancionable por leyes civiles y penales.

Yo entiendo que el Departamento de Asistencia Transicional (DTA) administra el Programa de SNAP. Entiendo que yo tengo que reportar al DTA cualquier cambio en cuanto el ingreso de la casa, bienes, la dirección, la situación de la familia, número de miembros de la familia, empleo, o cualquier otro cambio al hogar que recibe cupones de alimentos que puede afectar nuestra elegibilidad. Yo entiendo que tengo que reportar estos cambios al DTA en persona, por escrito, o por teléfono, **dentro de 10 días** del cambio a no ser que el DTA me permite reportar los cambios bajo las reglas de reportar semianualmente.

Entiendo que para los beneficios de cupones de alimentos para recibir una deducción en los gastos para el cuidado de niño, el alquiler o los pagos de renta, de hipoteca, las utilidades, el pago para asistencia de niño a una persona que no es miembro del hogar, o costos medicos, debo de informar y proporcionar la verificación al Departamento. El no informar o averiguar cualquier de los gastos mencionados anteriormente, podría significar que recibiría menos beneficios de cupones alimentos cada mes, y sera considerado como mi declaración que la casa no desea recibir una deducción por los gastos no denunciados o no verificados.

Entiendo que doy por notificado que todos los miembros del grupo familiar que se encuentren las edades de 16 y 60 años serán automáticamente enlistados en el Programa de SNAP y Empleo y Entremamamiento (SNAP/E&T). El enlistado automático en SNAP/E&T, permite a los miembros del grupo familiar el fácil acceso a los servicios de SNAP/E&T. Los miembros del grupo familiar no exceptuados serán notificados acerca de requisitos de empleo y se les explicarán las excepciones y penalidades por falta de cumplimiento, y serán referidos a una actividad de empleo, si es apropiado.

Doy permiso al DTA a verificar e investigar la información que yo he entregado que está relacionado a mi elegibilidad para asistencia. Doy permiso al DTA de conseguir cualquier archivo o datos y verificar la información puesta en esta solicitud con otras agencias, incluyendo agencias nacionales y estatales, oficinas locales de vivienda autoridades, departamentos de asistencia pública e instituciones financieras afuera del estado. También doy permiso a estas agencias de dar al DTA información acerca de mi hogar que tiene que ver con los beneficios de cupones de alimentos.

Yo entiendo que también doy permiso al DTA de compartir información acerca de mí y mis dependientes que tiene menos de 19 años de edad con el Departamento de Educación para que mis dependientes se certifiquen automáticamente para los programas de desayuno y comida en la escuela. También doy permiso al DTA de compartir información acerca de mí, de mis dependientes con menos de 5 años de edad y de cualquier persona en el hogar que está en embarazo con el Departamento de Salud Público (DPH) para que estén referidos estos individuos al Programa de Mujeres, Bebés y Niños (WIC) para servicios nutricionales.

Entiendo que autorizo al Departamento de Asistencia Transicional y la Oficina Ejecutiva de Massachusetts de Salud y de Servicios Humanos a revelar la información sobre mi elegibilidad para los beneficios de asistencias públicas con las compañías eléctricas, de gas y de telecomunicaciones elegibles conforme a los acuerdos para respetar la confidencialidad ejecutada por estas compañías y portadores. También autorizo a DTA para compartir mi información con el Departamento de Vivienda y del Desarrollo de la Comunidad con el fin de alistarme en el Programa de Calefacción y Comida.

Entiendo que voy a recibir copia del folleto "Su Derecho a Saber" y el folleto del "Programa de SNAP," y que tengo que leerlos o ver que alguien me los lea, y que tengo que entender el contenido y mis derechos y responsabilidades. Si tengo cualquier pregunta sobre los folletos o cualquier información contenida aquí, le preguntaré a mi administrador del caso. También puedo llamar al Servicio del Recipiente 1-800-445-6604 si tengo dificultad en leer o entender cualquier parte de esta información.

También juro que todos los miembros de mi hogar que están solicitando beneficios de SNAP o son ciudadanos de los EEUU o son extranjeros con estatus inmigratorio satisfactorio.

## Aviso Penal Acerca de SNAP

Yo entiendo que si yo o cualquier persona de mi hogar que recibe cupones de alimentos rompe intencionalmente cualquiera de las reglas enumeradas abajo, aquella persona va a ser excluida el Programa de SNAP por **un año** después de la primera violación, por **dos años** después de la segunda violación, y **permanentemente** después de la tercera violación. Puede ser que la persona también tendrá que enfrentar procesamiento criminal bajo las leyes estatales y nacionales que se aplican. Estas reglas son:

- No entregue información falsa ni esconda información para conseguir beneficios de SNAP.
- No cambie ni venda beneficios de SNAP.
- No modifique las tarjetas EBT para conseguir beneficios de SNAP a los cuales no tiene derecho.
- No use los beneficios de SNAP para comprar productos ilegales, como el alcohol y el tabaco.
- No use los beneficios de SNAP ni la tarjeta EBT de otra persona, a no ser que usted es representante autorizado.

También yo entiendo las siguientes penas:

- Individuos que cometen una Violación Intencional del Programa (IPV) de un **programa de asistencia en efectivo** que está confirmado en una Audiencia Administrativa de Descalificación(ADH), van a estar excluidos el Programa de SNAP por el mismo período en que está excluido de asistencia en efectivo.
- Individuos que hacen una declaración o representación fraudulenta acerca de su identidad o lugar de residencia para recibir beneficios múltiples de SNAP *simultáneamente*, van a estar excluidos el Programa de SNAP por **diez años**.
- Individuos que cambian (compran o venden) beneficios de SNAP por una sustancia controlada/drogas ilegales van a estar excluidos el Programa de SNAP por dos años después de la primera instancia y **permanentemente** después de la segunda instancia.
- Individuos que cambian (compran o venden) beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos van a estar excluidos el Programa de SNAP **permanentemente**.
- Individuos que cambian (compran o venden) beneficios de SNAP con un valor de \$500 o más van a estar excluidos el Programa de SNAP **permanentemente**.
- Individuos que están huyendo para evitar procesamiento, custodia o encarcelación después de la condena por un delito mayor o los que están violando una condición de libertad condicional, son *inelegibles* para participar en el Programa de SNAP.
- Individuos que no cumplen los Requisitos de Trabajo el Programa de SNAP sin buena razón, van a estar descalificados el Programa de SNAP por un período de **tres meses** después de la primera instancia, **seis meses** en la segunda instancia, y **doce meses** en la tercera instancia. Si el individuo que se ha determinado que no ha cumplido por tercera vez es la cabeza de la casa que recibe SNAP, *todos los miembros* de la casa van a estar *inelegibles* para participar en el Programa de SNAP por un período de seis meses.

He leído el formulario Aviso Penal Acerca de SNAP en mi idioma primario.

## El Derecho A Un Intérprete

Yo entiendo que tengo el derecho a un intérprete provisto por DTA si ni yo ningún miembro adulto de mi casa que recibe SNAP puede hablar o entender inglés. Yo entiendo también puedo conseguir a un intérprete por cualquier DTA audiencia o traiga uno mi propio. Si necesito un interprete por una audiencia, debo llamar la División de Audiencias por lo menos una semana antes de la fecha de su audiencia.

## Falta de Discriminación Declaración

Conforme a la ley federal y el Ministerio de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y las normas del Departamento de la Salud y de los Servicios Humanos (HHS), la discriminación a base de raza, de color, de origen nacional, de sexo, de edad, o de inhabilidad es prohibida. Bajo el Acta del Alimentos y Nutrición y las normas del USDA, también es prohibida la discriminación a base de religión o de creencias políticas.

Para presentar una queja sobre discriminación, entre en contacto con el USDA o HHS. Escriba el USDA, el Director, la Oficina de los Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). Escriba HHS, el Director, la Oficina de los Derechos Civiles, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) or (202) 619-3257 (TTY). El USDA y HHS son proveedores y patrones de igual oportunidad.